AL Presidente
A.I.A.S. ONLUS "Arco Felice
Via Marechiaro, 69
80123 Napoli

MODULO DI ISCRIZIONE COMPILARE IN STAMPATELLO ED IN MODO LEGGIBILE IN TUTTE LE SUE VOCI E SPEDIRE A:

- I CAMPI CON* SONO OBBLIGATORI -

A.I.A.S. ONLUS "Arco Felice" – Via Marechiaro, 69 – Napoli 80123
Tel. 081.19566134 – Fax 081.19364399 – E-mail:segreteriasfp@aiasnapoli.it

*Cognome e Nome** __/__

*Luogo di Nascita** __/

il: ____/____/_____*; *residente in:* /__/

Prov. (__/__) alla Via /__n. __/__

C.F.* __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__ *Tel.:* __/__/__/__/__/__/__/__/__/_

Cell.: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ *- Fax:* __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/_

*E-mail** __/

Indirizzo a cui inviare le comunicazioni inerenti il corso (solo se diverso dalla residenza)

Via/Piazza: __/

n. __/__/__ *Città* __/__ *Prov. (__/__)*

CHIEDE

di partecipare al Corso di Formazione *"P.A.T.C.H.: Project of Activity of Therapy whith the Clowns in the Hospital"* - *"Progetto finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità".*

A tal fine, allega i seguenti titoli:

_____, *lì* ____ / ____ / _____ *Firma* _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti della legge 675/96 autorizza espressamente *l'A.I.A.S. ONLUS "Arco Felice"* al trattamento dei propri dati ai soli fini delle attività legate al corso di formazione.

_____, lì ____ / ____ / _____ Firma _____